

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE सहायता हेतु आवेदन प्रारूप		(Healthcare) (स्वास्थ्य देखभाल)		  <i>PREVIOUSLY 3137 S. Somunaiuk</i>		
APPLICATION NO.: आवेदन संख्या :	B/0125/3137		APPLICATION DATE: आवेदन तिथि :		16/11/25	
NAME of APPLICANT: आवेदक का नाम:	Somunaiuk	AGE-YEARS उमेर-वर्ष:	60		SEX लिंग:	M
FATHER'S/SPOUSE'S NAME: पिता/कानूनी पता का नाम:	S/o Bochyanaiuk		PRESENT RESIDENCE ADDRESS बस्तीयाम आवासीय पता:			
Chikkasandra Kasaba Hobli		PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी आवासीय पता:			Typhletuppe Kramakatta	
OCCUPATION: जबरदस्ती:	Coolie		MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (विवाहित नहीं)			
TOTAL ANNUAL INCOME: कुल वार्षिक इण्ड:	24,000/-		(Attach Proof of Income) (आय का साझे संलग्न)			
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप जात कर रहते हैं (जो याच हो उस पर मही का निशान लगाये):						
Yes / No हाँ / नहीं						
FAMILY DETAILS - परिवार विवरण						
Sr. No. क्रम संख्या	Name of Family Member परिवार के सदस्यों का नाम	Age (Years) उमेर (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant आवेदक के साथ सम्बन्ध		
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये विनामी आधार:						
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेखा के ऊपरी कागज पर (प्रमाण पत्र को सापा प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आप वर्ग प्रवण पत्र (प्रमाण पत्र को सापा प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) इपोक्रिट कार्ड (प्रमाण पत्र को सापा प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Broof अन्य कार्य सापा			
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किये गये विनामी का उद्देश्य:						
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/हास्पिट से जारी की गई ड्रायवेन सूची संलग्न					
① Diagnosis दायग्नास	R.E. cataract L.E. cataract					
② Surgery सर्जरी	R.E. cataract + PCVOL					
ASSISTANCE BEING AVALIED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिया गया है?						
Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVALIED ली गई सहायता राशी				
① DBCS		2000/-				

**DECLARATION by APPLICANT:** अप्पेलेंट द्वारा घोषणा पत्रः

- I hereby confirm that all details in this Form are True to the best of my knowledge. Any false statement will render my Application & ongoing assistance, if any, liable for rejection/cancellation.
- I solemnly confirm that assistance, if received from Koshika Foundation, will be used only for the "purpose", as stated in this Form, for which such assistance was requested by me.
- I hereby confirm that I have not & will not in future, avail of reimbursement, in part or in full, from any other source/employer/insurance company, of the amount for which this assistance is requested.
- 1) मैं बिकाया करता हूं कि इस प्राप्ति में दिये गये सभी विवरण ये जानकारी के अनुसार मात्र एवं यह सती है। यदि कोई विवरण ऐसा कठोर असाध्य पात्र करता है तो मैं यह माहायता निम्न की तरफ लाता हूं।
- 2) मैं द्वारा ये माहायता यहीं "कोशिका फाउंडेशन", में सौंची जा रही है, उसका उपयोग उसी उद्देश्य के लिये विकल्प कर्त्त्वम्, जो इस प्राप्ति में यहा गया है।
- 3) मैं पूर्ण करता हूं कि यह माहायता हेतु यह प्रधाना की गई है, उस राति का नियमित या सामान्य या उचित विषय किसी भी बन्द प्रोटोकॉल/बैंक कानूनी से न तो लिखा है और न ही भविष्य में होता है।

**AGREEMENT by APPLICANT:** (अप्पेलेंट द्वारा कराया)

- By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and its Trustees to use/publish/put-up/reproduce my name, address, photo & details of the "purpose", for which such assistance is requested/granted, through any medium, including but not limited to verbal, print, electronic, for soliciting donations for Koshika Foundation and/or disseminating information about its activities/achievements. Such use of my photo & details can be made by Koshika Foundation before or after my treatment or fulfilment of the "purpose" for which assistance is being requested.
- I (Applicant) further agree that any such use of my name, address, photo & details of the "purpose", for which such assistance is requested/granted, will not automatically entitle me for receiving or continuing the said assistance. The decision for granting and/or continuing the assistance will rest solely with the Trustees of Koshika Foundation, and their decision is this regard will be final and acceptable to me.
- इस प्राप्ति पात्र अपने हालात का अनुसार की ताप समाचार, मैं (अप्पेलेंट) अपनी माहायता की पूर्ण करता हूं कि "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यासीयों" को अधिकृत करता हूं कि मेरा नाम, पात्र, फोटो और जो विवरण इस प्राप्ति में दिया गया है, उसे "कोशिका" एवं न्यासी, दूसरे, वाचन या दूसरी उद्देश्य से युक्ती गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये विकल्प भी प्राप्ति नाम्यम् से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्राप्ति का विवरण ये दूसरे को पहली जा चढ़ा ये उपर के उपर के लिए "कोशिका फाउंडेशन" व न्यासी अधिकृत है।
- मैं (अप्पेलेंट) इस बात से माहायता हेतु कि मेरा नाम, पात्र, फोटो और विवरण जो कि माहायता के उद्देश्यों से जारी है युक्त अवधार नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" एवं उसके न्यासीयों का विवेचन अवैध और वापसीकारी होता।

**APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:**

अप्पेलेंट के हालात का अनुसार का निशान



**AGREEMENT by HOSPITAL:** (हास्पातल द्वारा कराया)

- By affixing hereunder, signature of our Authorised Signatory for recommending this case/patient for financial assistance from Koshika Foundation, we (Hospital) hereby affirm & accept following:
- that we neither are presently nor will in future avail of financial assistance from another NGO or any other source, for the same patient/case, as we are requesting to get from Koshika Foundation, to the extent that such assistance is granted by Koshika Foundation. If the requested assistance is not granted by Koshika Foundation, in part or in full, then the Hospital reserves it's right to make up the shortfall from another NGO or any other source. This confirmation essentially states that the Hospital will not avail any duplicate assistance for the same patient/case from any other NGO or any other source.
  - The assistance from Koshika Foundation is only financial in nature. The choice of the treatment/procedure advised/conducted by the Hospital on the patient, is based on the arrangement between the patient & the Hospital, and is in no way influenced by Koshika Foundation. Hence, the Hospital will assume sole & complete responsibility of the treatment & its outcome & safety of the patient, and Koshika Foundation will have no role or responsibility in the matter.
- हमारे अधिकृत, हास्पातल को योग्य व्यक्ति को "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय माहायता हेतु विकल्पित की जाती है, किसी हाप्ते (हास्पातल) द्वारा से अन्य व स्वीकृत करते हैं।
- यह कि न तो वांगमान और न ही अधिकृत विवरण में वित्तीय माहायता विकल्पी गैर साकारी संस्थान या विकल्पी अन्य स्वीकृत में सौंची जा सकती है, वैसे कि हमारे "कोशिका फाउंडेशन" से सिवायित/विवेचन उपर के सम्बन्ध में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा मात्र हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा माहायता विकल्पी अधिकृत/सकल हेतु मन्तु नहीं किया जाता है तो अस्पताल विकल्पी अन्य गैर साकारी संस्था या विकल्पी अन्य माहायता से माहायता संस्था का अधिकार मुखित रखता है। इस पूर्ण में स्वयं कहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय मात्र उपर रोगी/प्राप्ति हेतु विकल्पी गैर साकारी संस्था या विकल्पी अन्य माहायता से नहीं लोगा/ली जाए।
  - "कोशिका फाउंडेशन" से ये गई माहायता कोवल वित्तीय प्रकृति भी है। योगी या हास्पातल द्वारा दो गई मात्राएँ या विकल्पी गैर साकारी का विवरण है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा विकल्पी गैर साकारी का कोई दावा नहीं है। इसलिये हास्पातल में योगी की हास्पातल मुख्य और अन्य जाने की सारी विमोचित योगी एवं हास्पातल की होगी और "कोशिका" को कोई मूलिका या विनोदादारी इस माहायते में नहीं होगी।

**RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE:**  
स्वीकृती के लिए संस्कृति

Date of Surgery अंशेशन की तारीख  16/11/25	<b>Dr. Laxmi Dorennavar</b> (MBBS, MSc, MFRC, FRCR) Consultant - Phaco & Refractive	Mr. Lakshmi Pathi N. Manager Outreach (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory (A unit on behalf of Hospital): Care Trust.) # 16/M, नामः- एस. हास्पातल अधिकृत, अधिकारी, बैंक बेड आर्या
--	---	--

FOR INTERNAL USE OF KOSHIKA FOUNDATION

जनरल उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1

न्यासी हास्पातल 1

SIGNATURE of TRUSTEE 2

न्यासी हास्पातल 2